

Incidentes de segurança do doente.

Porquê Relatar?

Susana Ramos e Lurdes Trindade

Na última década, verificou-se uma preocupação crescente dos profissionais e instituições de saúde pelas questões associadas à segurança dos doentes, e vários estudos revelaram ao mundo que nos hospitais os incidentes associados aos cuidados de saúde são frequentes. O relatório "To Err is Human" reforçou a evidência de que ocorriam cerca de dez eventos adversos, em cada 100 episódios de internamento e que 50% destes poderiam ter sido evitados⁷. Em 2010, a Escola Nacional de Saúde Pública realizou em Portugal um estudo epidemiológico sobre eventos adversos em contexto hospitalar que evidenciou uma taxa de incidência de 11,1% (semelhante a outros estudos nos EUA e na Europa) e, consequentemente, originaram um prolongamento do internamento, em média, por 10,7 dias.⁶

Torna-se evidente a necessidade de uma intervenção global nas questões da segurança do doente, pelo que a organização Mundial de Saúde (OMS) lançou vários desafios, sendo um deles a criação e implementação de Sistemas de Relatos de Incidentes (SRI) nas organizações de saúde. A principal finalidade destes sistemas é a partilha e aprendizagem com os erros de forma a encontrar soluções para a sua prevenção.

Nos EUA, Inglaterra e Dinamarca, entre outros, a utilização de um SRI a nível nacional já estava instituído antes do desafio lançado pela OMS. Em Portugal, desde o ano 2000, apenas alguns hospitais estavam a dar os primeiros passos, impulsionados por programas de acreditação como é o exemplo do *King's Fund* e da *Joint Commission International*. Recentemente, a Direção Geral de Saúde disponibilizou *on-line* o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, de

caráter voluntário e anónimo para profissionais de saúde e para o cidadão.

Este artigo tem como objetivo apresentar a experiência do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) na implementação de um sistema de relato de incidentes de segurança do doente ao longo de treze anos.

BREVE HISTÓRIA! COMO INICIÁMOS O RELATO DE INCIDENTES?

A partir de 2001 demos os primeiros passos na criação de um sistema de relato de incidentes que teve como base a norma da gestão do risco do manual do *King's Fund*, atualmente designado por CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge Systems*), cujo critério apenas referia que "existe um sistema de registo, comum a toda a organização, e que abrange todos os tipos de incidentes, eventos adversos e quase-acidentes". Nos hospitais portugueses não existia qualquer tipo de experiência neste sentido, e algumas questões se colocaram à equipa de gestão do risco: o que era preciso para implementar um sistema de registo de incidentes? Que tipo de formulário devíamos utilizar? Que tipo de incidentes devíamos relatar? Como se faz a análise de um incidente? Qual a melhor designação para o sistema (relato ou notificação? incidentes ou ocorrências?). Foi analisada a legislação e sistemas já existentes a nível nacional, como é o caso dos sistemas de notificação do INFARMED relacionados com Dispositivos Médicos e com as Reações Adversas ao Medicamento, e notificação de incidentes/acidentes de trabalho. A reflexão sobre estas questões e a partilha de experiências com

um hospital inglês (*Hillingdon Hospital*) conduziu-nos inicialmente para a elaboração de um procedimento orientador e de um formulário confidencial e não anónimo, em suporte de papel, com campos muito genéricos e sem qualquer tipo de categorização do incidente.

A rampa de lançamento para o início do SRI, num dos hospitais do CHLC, foi a realização de uma sessão promovida pelo conselho de administração e pela equipa da gestão do risco para os responsáveis dos vários serviços. Falar sobre os erros associados aos cuidados de saúde era nesta altura um assunto tabu e nem se podia utilizar a palavra “erro” sendo frequentemente substituída por “falha” ou “lapso”, pelo que a adesão ao sistema foi inicialmente muito tímida e lenta.

Os obstáculos na implementação deste tipo de metodologia foram essencialmente os aspetos culturais, ou seja, o medo da punição e da culpabilização e um “olhar cético” de alguns profissionais para a fiabilidade do sistema e como poderia ser protegida a informação relatada. Foi necessário, ao longo de alguns anos, demonstrar aos profissionais que os registos de incidentes conduziam efetivamente a melhorias, e se centravam no sistema e não no indivíduo. O compromisso assumido pela organização foi o de analisar o erro como uma oportunidade de revisão e de melhoria para o desenvolvimento de mecanismos de prevenção e de segurança.²

Esta cultura de segurança tem sido desenvolvida no CHLC ao longo de treze anos em conjunto com todos os profissionais e fortemente apoiada pelo conselho de administração.

Em 2010, com o alargamento da gestão do risco a 4 hospitais, tornou-se insustentável manter o relato de incidente em suporte de papel, sendo então aprovada pelo conselho de administração a imple-

mentação de um programa informático de relato de incidentes. O CHLC é atualmente constituído por seis hospitais, ainda com alguma assimetria e em patamares diferentes nos aspetos da cultura de segurança, devido ao facto de as atividades da gestão do risco e segurança do doente terem tido o seu início em diferentes momentos (fig.1).



Fig. 1 - Ano de início do Sistema de Relato de incidentes em cada unidade hospitalar do CHLC . As restantes 3 imagens para substituir vão em anexo (com uma observação/questão na figura que tem bonecos).

SISTEMA DE RELATO DE INCIDENTES ON-LINE. UMA LUZ AO FUNDO DO TÚNEL!

A implementação do sistema de relato de incidentes *on-line* no CHLC teve o seu início no último trimestre de 2010. O programa informático de gestão de incidentes foi desenvolvido e adaptado às necessidades atuais do CHLC, sendo um grande desafio passar do papel para um sistema à distância de um “clic”. Este programa permite que a informação do relato fique facilmente acessível aos grupos de análise e torna possível a gestão dos incidentes em tempo útil.

O 1º desafio foi a categorização dos incidentes traduzindo e adotando a Classificação Internacional para a Segurança do Doente³ de forma a possibilitar a comparação de dados de segurança do doente entre organizações do CHLC, a nível nacional e internacional (fig. 2). Esta primeira atividade envolveu 4 meses de trabalho, implicando uma análise profunda e discussão em equipa para alguns termos utilizados e a sua adaptação à linguagem universal.

O 2º desafio prendeu-se com a decisão de tornar o relato de incidente anónimo ou não, e as suas implicações, dado que até ao momento o sistema em suporte de papel utilizado no CHLC era o confidencial e não anónimo. Este tema foi alvo de um workshop desenvolvido pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente do CHLC com contributos de vários intervenientes internos e externos (gestão do risco, clínicos e juristas, entre outros). Tomar a decisão certa neste âmbito não foi fácil.



Fig. 2 –Categorização dos Incidentes do CHLC

Formação Semestral : Gestão do Risco no CHLC		
Cursos	Duração	Destinatários
Gestão do Risco Geral: conceitos, objetivos e métodos	4h	Pluriprofissional
Gestão do Risco: atividade do GGR e experiências locais	4h	Chefias e IGRL
Gestão do Risco no Hospital	12h	Enfermeiros, Médicos e Técnicos
Segurança do Doente	12h	Enfermeiros, Médicos e Técnicos
	4h	AO e AT
Prevenção e Gestão de Quedas em Doente Adulto Prevenção e Gestão de Quedas em Doente Pediátrico	12h	Enfermeiros, Médicos e Técnicos
	4h	AO e AT
Análise de Causa Raiz de Incidentes de Segurança do Doente	12h	Chefias e IGRL
Comunicação de incidentes ao doente/família	20h	Chefias
Gestão do Risco em Imuno-Hemoterapia	7h	Médicos, enfermeiros e Técnicos
Programa de Acolhimento Institucional – Gestão do Risco e Segurança do Doente	1:30h	Pluriprofissional

Fig. 3 –Programa de Formação em Gestão do Risco e Segurança do Doente no CHLC

Surgiram três propostas por parte da equipa da gestão do risco:

- Utilizar um sistema com relato exclusivamente anónimo;
- Utilizar um sistema opcional de identificação do profissional no relato;
- Utilizar um sistema em que a identificação do profissional apenas fica visível aos responsáveis da unidade de onde é feito o registo.

Foi esta última hipótese a escolhida e aprovada pelo conselho de administração. Para que o relato de incidente no CHLC pudesse ser utilizado como uma oportunidade de melhoria, era preciso contar com os profissionais envolvidos, que são os melhores conhecedores do incidente e dos fatores que contribuíram para a sua concretização.

Em maio de 2011 é realizada a sessão de lançamento do SRI *on-line*, contando com a presença de uma centena de profissionais. É, assim, reforçado o SRI como um sistema voluntário, confidencial e não punitivo para registo, análise e documentação dos factos de cada incidente, de forma a determinar as ações a desenvolver para corrigir as deficiências identificadas, evitando, se possível, a recorrência de incidentes semelhantes no futuro.

O 3º desafio do SRI *on-line* foi a sua divulgação no CHLC, que teve como suporte o programa de formação do CHLC sobre gestão do risco e segurança do doente (fig. 3) e as reuniões em serviço, atingindo anualmente mais de 800 profissionais.

COMO GERIMOS O SISTEMA DE RELATO DE INCIDENTES?

A grande dificuldade da equipa da gestão do risco na gestão do incidente em suporte de papel estava relacionada com o circuito da informação. Neste processo, é necessário gerir dados diariamente e produzir um grande volume de informação, que deverá ser transmitida atempadamente aos profissionais através de relatórios sistemáticos e de alertas de segurança. Com a criação do SRI *on-line* este problema foi finalmente ultrapassado.

A gestão e organização da informação do relato de incidente compete à equipa da gestão do risco, que conta com a colaboração de uma rede de profissionais vitais para o sucesso do sistema, designadamente:

- Responsáveis das várias Áreas/Especialidades e Unidades Funcionais que têm a responsabilidade operacional pela gestão do risco e pela implementação da política e procedimentos, promovendo os mecanismos necessários para a prevenção ou redução dos efeitos adversos;
- Equipas de apoio à gestão do risco, envolvendo áreas chave como por exem-

plo a segurança, controlo da infeção, farmácia, segurança contra incêndio, segurança no trabalho, entre outras;

- Interlocutores da gestão do risco local, cujas responsabilidades assentam na dinamização da gestão do risco a nível das unidades, promovendo o SRI;
- Dinamizadores dos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito dos indicadores "Quedas dos Doentes" e "Úlceras de Pressão".

Para uma gestão efetiva de todos os incidentes *on-line* foram constituídos 450 grupos envolvendo mais de 1350 profissionais na análise de incidentes. Esta organização permitiu uma maior sistematização do circuito dos relatos de incidentes, bem como uma gestão efetiva dos incidentes com os vários grupos de análise. Cada elemento do grupo é notificado do relato através de email e pode fazer a sua análise, avaliação do risco do incidente e recomendação de ações de melhoria (fig. 4 e 5). O profissional que relatou pode acompanhar esta análise e as ações de melhoria propostas, sendo desta forma possível fornecer informação aos profissionais em tempo útil.

A equipa da gestão do risco, para além da gestão de incidentes com os vários grupos de análise, realiza mensalmente uma reunião onde são selecionados e analisados um conjunto de incidentes ocorridos em cada Polo e definidas as medidas de melhoria a nível local e transversal ao CHLC, contribuindo, desta forma, para a gestão integrada dos incidentes relatados.

QUE RESULTADOS? O QUE MELHORÁMOS?

Ao longo destes 13 anos, a base dados do SRI do CHLC conta com mais de 13700 incidentes relatados. Nos primeiros anos a adesão ao registo de incidentes era muito baixa e os relatos incidiam apenas

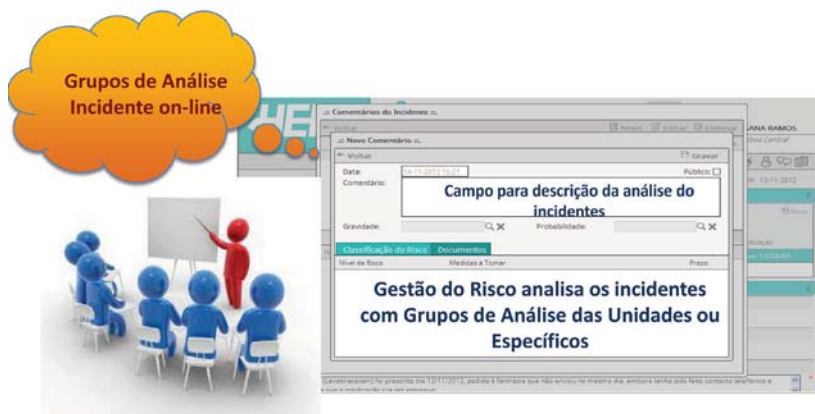


Fig. 4—Análise on-line dos Relatos de Incidentes através do campo "comentários"

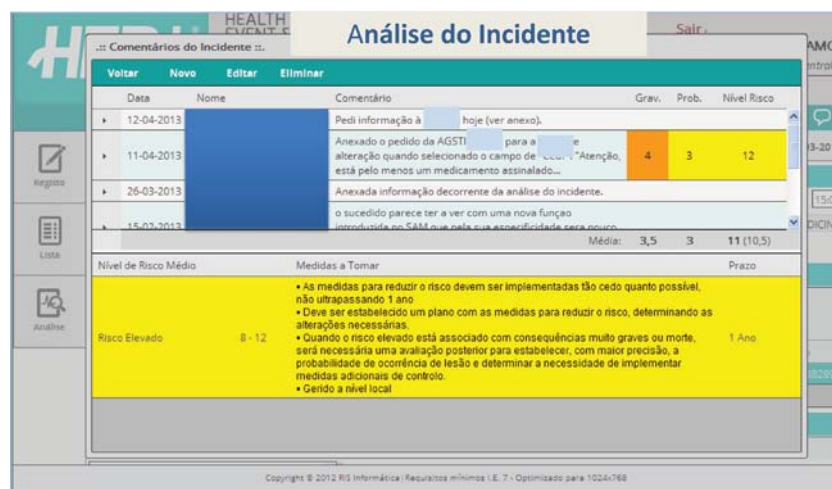


Fig. 5—Conjunto de "comentários" e avaliação do risco na análise do incidente

em questões de segurança geral e área não clínica. O investimento na formação dos profissionais e na divulgação das medidas de melhoria na sequência do relato motivaram os profissionais para o relato e a sua adesão foi crescente ao longo dos anos, com um grande aumento após a introdução do relato *on-line* (fig. 6).

Os seis tipos de incidentes de segurança do doente mais relatados no CHLC por ordem decrescente foram: "Queda do Doente", "Dispositivo/Equipamento Médico", "Medicação/Fluidos IV", "Úlceras de Pressão", "Sangue e derivados" e "Processo/Procedimento Clínico" (fig. 7). Ainda se verifica uma subnotificação para incidentes do circuito do medicamento ou de procedimentos clínicos.

Os incidentes relatados foram analisados pela Equipa de Gestão do Risco, utilizando métodos de análise e ferramentas de melhoria da qualidade, com investigações sumárias ou alargadas conforme o nível de gravidade do incidente¹. Foram desenvolvidas

várias medidas de melhoria, nomeadamente:

- Divulgação periódica de informações de segurança e alertas, com base nos relatos de incidentes, permitindo que toda a instituição beneficie da aprendizagem feita a partir dos problemas e soluções identificados (fig. 8).
- Promoção de boas práticas e cuidados de saúde seguros.
- Elaboração ou revisão de novos procedimentos e normas de orientação clínica em articulação com a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente.
- Identificação e realização de formação em áreas específicas para o desenvolvimento das competências/treino dos profissionais.
- Articulação com a Área de Saúde Ocupacional, Comissões de Controlo da Infecção e Gabinetes de Auditoria Clínica, realizando análises conjuntas de fatores de risco detetados nos incidentes, comuns para os doentes e profissionais.
- Articulação com o Gabinete de Utente no que diz respeito à análise das reclamações efetuadas pelo doente e familiares, e que representam um nível de gravidade do risco elevado e muito elevado.
- Elaboração de propostas e implementação de medidas de melhoria em conjunto com a Área de Gestão Hoteleira e Área de Gestão de Instalações e Equipamentos relacionadas com a função "Segurança".

Em síntese, algumas melhorias concretas que resultaram de relatos de incidentes foram, por exemplo, a melhoria no processo de identificação do doente, a substituição de dispositivos médicos com defeito, a introdução de um sistema eletrónico para a segurança no circuito transfusional, melhorias ao nível dos programas informáticos da prescrição eletrónica e do processo clínico, melhorias no circuito do medicamento, entre outros.

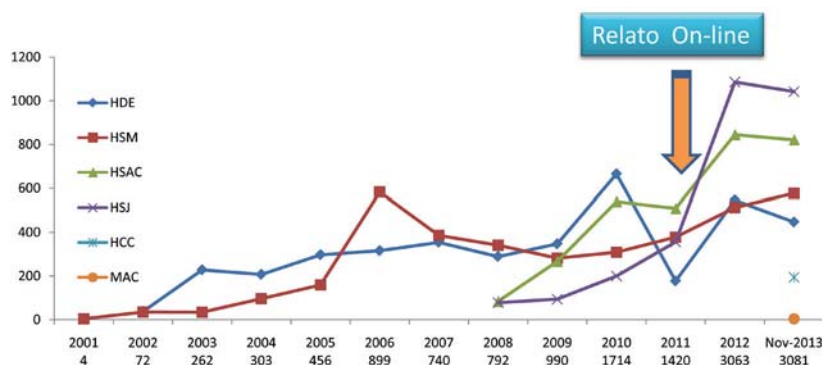


Fig.6 – N.º de incidentes relatados no CHLC/ano

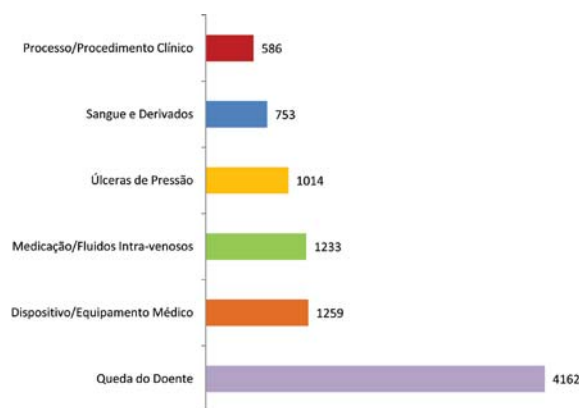


Fig.7 – Categorias de incidentes de segurança do doente mais relatados

No decurso destas atividades, começamos a ter a perceção de alguma mudança, nomeadamente ao nível do envolvimento e empenho dos profissionais, para a implementação destas novas metodologias a nível local com vista à melhoria dos cuidados.

REFLEXÕES FINAIS

Atualmente, o SRI é reconhecido pela maioria dos profissionais como uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade, promovendo uma cultura de segurança e de prevenção dos incidentes. São frequentes as situações que não chegam a afetar o doente (quase-evento) ou que não resultam em qualquer lesão (incidente sem dano). Estas pequenas falhas, muitas vezes não valorizadas pelos profissionais, ocultam, desta forma, falhas nos sistemas de trabalho. Estas falhas, não sendo modificadas, podem vir a resultar em incidentes de maior gravidade.

Assim, o SRI deve funcionar como um sistema de alerta para os riscos existentes, para os fatores que possam ter contribuído para um incidente, tendo como mais-valia a possibi-

Alerta de Segurança
Gestão do Percurso do Doente

1. Âmbito
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE.

2. Descrição da Situação
O Gabinete de Gestão do Risco recebeu em 2012 vários relatos de incidentes relacionados com a identificação de doentes que envolveram as diferentes fases do percurso do doente: Admissão; Transferência de Cuidados; Realização de MCDT e Alta.

3. Recomendações/Medidas de Melhoria:

- ❖ IDENTIFIQUE sempre o doente antes da realização de qualquer acto, pelo menos através de dois dados inequívocos - **NOME COMPLETO e DATA DE NASCIMENTO** ou **N.º do PROCESSO CLÍNICO**.
- ❖ Utilize a **IDENTIFICAÇÃO POSITIVA** – Pergunte ao doente/familiar/acompanhante o nome e **NUNCA** refira um nome para a confirmação.
- ❖ **REJEITE** a utilização dos seguintes dados para a identificação do doente: a idade, sexo, diagnóstico, número da cama.
- ❖ **VERIFIQUE** de forma contínua a integridade da informação nos locais de identificação do doente (ex.: pulseira de identificação, processo clínico, requisições).
- ❖ **ASSEGURE** que o doente utiliza sempre a pulseira durante o seu percurso no CHLC.
- ❖ **GARANTA** o cumprimento das directrizes publicadas no Procedimento Multisectorial SDO.103.

Se identificar uma situação de risco assinala no Sistema de Relato de Incidentes on-line.

A Equipa do Gabinete de Gestão do Risco

Data: 25/10/2012 Aprovação: Conselho de Administração

Fig.8– Alerta de segurança divulgado aos profissionais com base nos relatos de incidentes.

lidade de se delinear medidas preventivas e de melhoria para evitar, no futuro, a recorrência do incidente.

A informatização do SRI permite agilizar os contactos necessários entre todos os elementos do grupo de análise de cada incidente e garante o *feedback* ao profissional que fez o relato. Salienta-se que a falha de informação de retorno ao profissional sobre as ações de melhoria introduzidas na sequência do relato de incidente é apontada em vários estudos internacionais como uma das causas de baixa adesão a estes sistemas. Outro aspeto importante para promover a adesão dos profissionais ao SRI relaciona-se com a liderança e a relação de confiança dentro da equipa, que pode ser facilitadora ou, pelo contrário, desincentivar o relato do incidente.⁵ O envolvimento total do Conselho de Administração e uma política de gestão do risco baseada na transparência e na não culpabilização do profissional é, sem dúvida, um aspeto fulcral para o sucesso do sistema.

Sabendo que, para fazer um relato de incidente de segurança do doente, os profissionais têm de vencer barreiras individuais como a vergonha e o medo, e barreiras organizacionais e da equipa a que pertencem, cabe a cada organização tirar a máximo partido e utilizar, da melhor forma, o esforço e o ato de coragem dos profissionais que relatam um incidente. Como diz Reason *citado por* HARPER e HELMREICH (2005) “...a pior das falhas é não aprender a partir do erro.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE – Procedimento Multisectorial: Análise da Causa Raiz do Incidente de Segurança do Doente - GRI.107. 1ª ed. 2011.
2. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE – Procedimento Multisectorial: Relato de Incidente - GRI.101. 1ª ed. 2009
3. Direção Geral de Saúde. Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. 2011. Disponível em www.dgs.pt
4. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Orientação – Análise de Incidentes e Eventos Adversos. 01/10/2012 de 30 de julho de 2012. Disponível em www.dgs.pt
5. EDMONDSON, A.C. - Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl II):ii3–ii9. doi: 10.1136/qshc.2003.009597. [Consult. 25 Out 2013]. Disponível em http://qualitysafety.bmj.com/content/13/suppl_2/ii3.abstract
6. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – Segurança do Doente. Eventos Adversos em Hospitais Portugueses: Estudo Piloto de Incidência, impacto e evitabilidade. Maio. 2011. Disponível em www.ensp-unl-pt
7. KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. - To err is human: building a safer health system. Washington DC: National academy press.2000.
8. HARPER, M.L.; HELMREICH, R.L. - Identifying Barriers to the Success of a Reporting System. In:Advances in Patient Safety: From Research to Implementation.2005. [Consult. 25 Out 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20544/>
9. Lage, M. J.- Segurança do doente: da teoria à prática clínica. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2010;11-16
10. RAMOS, S; TRINDADE, L. – Gestão do Risco: Segurança do Doente em Ambiente Hospitalar. Tecno hospital 48 NOV / DEZ 2011
11. Vincent, C. - Patient Safety. 2ª edição. BMJ Publishing Group. 2010. ISBN: 978-1-4051-9221-7



Susana Ramos, Enfermeira Chefe do Centro Hospitalar de Lisboa Central e integra a coordenação do Gabinete de Gestão do Risco. Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pós-graduação em Segurança do Doente. Mestre em Infecção em Cuidados de Saúde.



Lurdes Trindade, Enfermeira Centro Hospitalar de Lisboa Central. Integra o Gabinete de Gestão do Risco do Hospital de Santa Marta. Pós-graduação em Gestão da Qualidade na Saúde. Mestranda no Curso de Mestrado em Segurança do Doente da Escola Nacional de Saúde Pública.